

診療情報提供書 (紹介用)

発行日： 年 月 日

| | | | |
|--------|----------------------|-------|--|
| 紹介先施設名 | 市立三次中央病院 | 紹介元施設 | |
| 担当医 | 呼吸器内科担当医 先生 侍史 | | |

| | | | |
|------|------------|----|--|
| 患者氏名 | 様 | 性別 | |
| 患者住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | 職業 | |

上記の患者を紹介させていただきます。今後のご高診・ご加療をお願い申し上げます。

| | |
|--|---|
| 傷病名 | <input type="checkbox"/> COPD 疑い <input type="checkbox"/> 間質性肺炎・肺線維症疑い <input type="checkbox"/> その他 () |
| 紹介目的 | 地域連携パス |
| 既往歴 家族歴 | |
| 患者情報 症状 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 (出現時期：) 発作 <input type="checkbox"/> 1回/年以下 <input type="checkbox"/> 2回/年以上 喫煙歴 () 本/日 × () 年間 () 年前に禁煙 併存症 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 緑内障・前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他 () 検査結果 治療経過 HOT <input type="checkbox"/> あり (安静時 L、労作時 L、睡眠時 L、酸素業者) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン接種歴 (年 月) 禁忌薬 () | |
| 現在の処方 | 薬手帳があれば記載不要 |
| 備考 | <input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 胸部CT |